FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Octobre 1929, à 18 heures

PAR

DELAHOUSSE Félix-Julien

Né le 8 Mars 1904, à Allouagne (Pas-de-Calais)

Sur quelques cas de récidive de grossesse tubaire

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS.

Suffragants : MM. GAUDIER. LE FORT. SWYNGHEDAUW.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Octobre 1929, à 18 heures

PAR

DELAHOUSSE Félix-Julien

Né le 8 Mars 1904, à Allouagne (Pas-de-Calais)

Sur quelques cas de récidive de grossesse tubaire

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS.

Suffragants : MM. GAUDIER. LE FORT. SWYNGHEDAUW.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1929

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✲, I. ✠).

Clinique médicale :	MM. Carrière (O. ✲, I. ✠),	professeur
	Combemale (O. ✲, I. ✠, M,)	id.
Clinique chirurgicale :	Gaudier (O. ✲, ✠, I. ✠),	id.
	Lambret (C. ✲, I. ✠),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :	Charmeil (✲, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale :	Bué (✲, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :	Surmont (✲, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :	Potel (✲, ✠, I. ✠),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale :	Ingelrans (I. ✠),	id.
Physiologie :	Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie :	Cordier (A. ✠),	id.
Histologie :	Debeyre (O. ✲, ✠, I. ✠, ✠).	id.
Chimie minérale et Toxicologie :	Vallée (✲, I. ✠),	id.
Chimie organique :	Polonovski (A. ✠, ✠),	id.
Matière médicale et Botanique :	Fockeu (✲, I. ✠, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :	Gérard (Ernest), (✲, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :	Desoil (✲, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :	Paucot (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :	Le Fort (C. ✲, ✠, I. ✠, O. ✠)	id.
Clinique psychiâtrique :	Raviart (✲, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile :	Minet (I. ✠),	id.
Thérapeutique :	Doumer (✠, I. ✠),	id.
Médecine opératoire :	Vanverts (✲, I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie :	Pierret (I. ✠),	id.
Médecine légale :	Leclercq (✲, ✠, I. ✠),	id.
Hydrologie et Crénothérapie :	Duhot (I. ✠)	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Morvillez (A. ✠) ; P. Combemale.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM. Painblan	Chargé de Cours
Clinique oto-rhino-laryngologique :	M. Debeyre (O, ✲, ✠, I. ✠),	id.
Chimie analytique :	Polonovski (✠, A. ✠),	id.
Physique pharmaceutique :	Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie :	Lavier (✠),	id.
Déontologie	Bertin (✲, I. ✠),	id.
Physique médicale :	Fabre (✲, I. ✠),	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✲, I. ✠), Combemale (O. ✲, I. ✠, M), Charmeil (✲, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✲, I. ✠), Calmette (C. ✠), Lescœur (I. ✠), Baudry (✲, I. ✠, ✠), Verdun (✠ I.), Debierre (✲, I. ✠), Doumer (✲, I. ✠), Curtis (✲, I. ✠), Lemoine (✲, I. ✠), Bedart (O. ✲, I. ✠, ✠).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard, M. (✠, ✲, I. ✠), P. Delannoy (A. ✠). Paquet (✠, I. ✠), Bertin (✲), Legrand (✠, ✠ A. ✠), Swynghedauw (✠, A. ✠,), Lavier (✠), Auguste.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR J. VANVERTS

Professeur à la Faculté de Médecine de Lille
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence.

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

AUX MÉDECINS ET AUX CHIRURGIENS

DE L'HOPITAL DE BOULOGNE-SUR-MER

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de faire en ces quelques pages une étude complète des récidives de grossesse tubaire. Nous voulons seulement en rapporter quelques observations et tirer de leur exposé quelques conclusions pratiques.

Généralités sur la récidive de grossesse tubaire

La fréquence de la récidive varie, suivant les statistiques, de 4,68 % (Dietrich), à 14 % (Richard R. Smith). Il faut noter qu'entre la première et la deuxième grossesse ectopique on peut voir une grossesse utérine évoluer normalement.

D'autre part, sans aucune récidive ultérieure, une grossesse normale peut succéder à une grossesse ectopique. Cette éventualité est même assez fréquente, puisque en faisant la moyenne des statistiques données par différents auteurs (Pestalozza, Dietrich, Mauthner, Funck-Brentano), on trouve 25 % environ.

M. le professeur Vanverts a observé deux grossesses à la suite de l'ablation d'une des trompes gravides. Il a, d'autre part, constaté trois cas de récidive de grossesse tubaire, c'est-à-dire de développement d'une grossesse dans la trompe reconnue saine au moment de l'ablation de l'autre trompe gravide.

N'ayant pu retrouver qu'un certain nombre de ses opérées, il se trouve sans renseignements sur les autres — ce qui ne lui permet pas d'établir le pourcentage des grossesses ultérieures et des récidives chez les femmes auxquelles il a enlevé une trompe gravide.

La récidive se produit parfois du côté déjà opéré. On en verra un exemple plus loin et dans le cas suivant, où on voit

une femme faire une grossesse normale après deux grossesses tubaires successives. Voilà d'ailleurs l'observation curieuse de Pearson :

« Il s'agit d'une femme opérée de grossesse extra-utérine rompue, pour laquelle on se contenta de réséquer la partie malade ; on rapprocha les deux surfaces de section tubaire. Elle accoucha à terme l'année suivante ; deux ans après, elle présenta une récidive de grossesse tubaire du même côté, et, un an après, elle refit une grossesse utérine à terme ».

Etiologie

Dans la majorité des cas, la grossesse extra-utérine se produit chez des multipares, qui souvent ont été réglées tardivement.

On a remarqué la fréquence dans l'histoire des malades des lésions de l'appareil génital (gonococcie, métrite, salpingite).

Cette question des lésions antérieures de l'appareil génital a une grosse importance au point de vue pathologique, car il est probable que les altérations acquises de la trompe (infections gonococcique ou puerpérale) jouent un grand rôle dans la genèse de la grossesse ectopique.

Les autres raisons invoquées sont les malformations congénitales de la trompe (sa longueur exagérée, par exemple), les manœuvres abortives du début de la gestation ou la fécondation d'ovules atteints de dégénérescence sclé-ro-kystique.

OBSERVATIONS

Observation I (M. le professeur Vanverts)

Femme de 29 ans, bien portante, réglée tous les 35 jours. Accouchement en 1911. Avortement probable en 1916, suivi de douleurs abdominales qui durèrent un an puis disparurent complètement. Pas de leucorrhée.

Dernières règles fin août 1921. Les règles suivantes, qui auraient dû apparaître le 8 octobre, restent absentes. Le 15 octobre, léger écoulement de sang pendant quelques heures. Aucune douleur. Quelques jours après, nouvel écoulement sanguin très passager.

Le 3 novembre dans la soirée, douleur subite dans le bas-ventre avec envie d'aller à la selle. Le docteur Guénez voit la malade quelques heures après et constate l'existence d'une petite masse douloureuse à droite de l'utérus : le pouls et la température sont normaux. Le diagnostic porté est : grossesse tubaire probable.

Au cours de la nuit et le lendemain, les douleurs spontanées cessent, mais réapparaissent au moindre mouvement. Le pouls et la température restent normaux.

Le 5 novembre, je suis appelé à voir la malade. L'état est le même. Il y a eu deux vomissements. Le palper du bas-ventre est douloureux. L'examen est rendu très difficile par la douleur extrême que provoque le toucher du col utérin

et du Douglas, dans lequel on trouve des indurations : la douleur est telle qu'elle provoque une tendance à la syncope.

L'opération est pratiquée le même jour (5 novembre 1921) sous chloroformisation. Le ventre renferme du sang libre en quantité moyenne. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits, autour desquels se trouvent des caillots noirs que l'on enlève facilement. Du côté des annexes gauches, on trouve une adhérence ancienne de l'épiploon que l'on sectionne. La trompe gauche semble saine, mais son pavillon est rétréci ; l'ovaire gauche est petit. Ces annexes sont laissées en place. L'utérus est augmenté de volume, mais libre.

L'examen de la pièce montre que la trompe présente près de son extrémité abdominale une rupture, à bords assez nets, de trois à quatre millimètres de diamètre ; elle renferme du sang et du tissu placentaire ; elle est fermée au niveau de son pavillon.

Les suites opératoires furent très simples et la guérison fut rapidement obtenue. Les règles apparurent tous les 28 jours ; il n'y eut plus aucune douleur abdominale et la santé resta parfaite.

Les règles apparaissent normalement en fin janvier 1924 ; elles sont absentes en fin février. La malade n'éprouve aucun trouble. Le 12 mars, au cours de la défécation, apparaît une vive douleur dans le côté gauche du bas-ventre. Le docteur Guénez trouve l'utérus en rétroflexion et, à gauche, à côté de lui, une masse annexielle douloureuse. Je vois la malade dans la soirée, fais les mêmes constatations que mon confrère et pense comme lui à l'existence d'une grossesse tubaire gauche.

Les jours suivants, l'état général reste bon ; le pouls et la température sont normaux, des douleurs apparaissent de temps en temps, toujours localisées à gauche ; à certains moments apparaît un léger écoulement de sang par la

vulve. Le 19, les douleurs sont plus fortes et l'hémorragie vulvaire plus abondante. Cette hémorragie persiste les jours suivants et de petites crises douloureuses continuent à se produire. L'état local ne subit pas de changements. Le 23 et le 25, les douleurs sont plus fortes et s'accompagnent de vomissements. Le pouls et la température restent normaux. L'examen du pelvis permet de reconnaître les mêmes lésions qu'antérieurement. Dans la soirée du 25, expulsion d'un débris membraneux.

Le diagnostic de grossesse tubaire ne semblant pas faire de doute, je procède, le 26 mars 1924, à la laparotomie. Il n'y a pas de sang libre dans le ventre. L'utérus est gros et rétrofléchi, mais non adhérent. Après l'avoir ramené en avant, je constate que le Douglas renferme un peu de sang et la trompe, prolabée, augmentée de volume. J'enlève l'ovaire et la trompe. L'écoulement vaginal ayant une odeur fétide, je renonce, après avoir hésité, à enlever l'utérus, mais je le fixe en antéflexion, grâce à une plicature des ligaments ronds.

La trompe était de coloration bleuâtre, avait le volume d'une grosse noix au niveau de sa partie moyenne dilatée et présentait à ce niveau une éraillure très nette ; au niveau de son orifice abdominal existait un caillot aplati et allongé en forme de lamelle.

L'ovaire gauche présentait une partie kystique qui m'avait engagé à pratiquer son extirpation.

Les suites opératoires furent simples et la guérison rapidement obtenue.

Observation II (M. le professeur Vanverts)

Mme R..., 33 ans, réglée très irrégulièrement, avec des absences de règles de plusieurs semaines parfois.

En 1919, cette femme fut opérée pour une grossesse tubaire de deux mois et demi.

Depuis cette opération, la santé est bonne et les règles, toujours en retard de quatre à cinq jours, sont d'abondance moyenne et indolores.

Sujette depuis longtemps à des crises d'oppression qui semblent dues à des bronchites, elle a vu ses crises augmenter de fréquence et d'intensité depuis l'opération. En dehors de ces crises, la santé est bonne, les fonctions digestives sont normales. Il y a parfois un point douloureux dans le côté droit ; il n'y a pas de leucorrhée.

Dernières règles le 26 octobre 1925, avec dix jours de retard ; ces règles furent très peu abondantes.

Le 9 novembre, Mme R... ayant fait une petite lessive, ressent une très forte douleur dans la région lombaire gauche ; cette douleur disparaît très rapidement. La nuit suivante, un écoulement de sang apparaît par les voies génitales, mais cesse bientôt. Le 16 novembre, l'écoulement sanguin reparaît peu abondant, mais persiste. La douleur reste absente. Le 17 novembre, l'écoulement sanguin continue ; de fortes coliques se produisent dans tout le ventre et s'accompagnent de nausées, pendant trois heures, puis disparaissent. Les seins, qui gonflaient d'ordinaire au moment des règles, sont restés tendus et un peu douloureux depuis quelques semaines.

Le 18 novembre, je suis appelé à examiner cette malade.

Son aspect extérieur est excellent. Le cœur est sain. Le palper abdominal est négatif. Le toucher montre que le corps utérin est resté normal ou peu augmenté de volume, mobile, indolore, et qu'à droite se trouve une tuméfaction circonscrite peu volumineuse, très douloureuse, située assez bas dans le Douglas.

Le diagnostic probable est celui de grossesse tubaire. La malade fait du reste remarquer que les douleurs qu'elle a éprouvées le 17 étaient semblables à celles qui se produisirent au moment de la première grossesse tubaire. Je décide cependant d'attendre quelques jours en surveillant.

Les jours suivants, le point douloureux droit persiste constamment, et la malade continue à perdre un peu de sang. Le 21 novembre, l'écoulement sanguin est plus abondant ; il en est de même le 22. Le 23, la douleur du côté droit est très accusée. Le 25 novembre, je procède à un nouvel examen qui me donne les mêmes renseignements que le précédent.

J'avais vivement conseillé l'opération, et la malade l'avait acceptée ; mais, à partir du 26, l'écoulement sanguin et les douleurs spontanées disparaissent complètement. Un troisième examen, pratiqué le 27, donne les mêmes renseignements que les précédents.

Le lendemain, 28 novembre, la douleur et la métrorragie reparaissent légères ; puis, à certains moments, la douleur est plus vive et l'écoulement de sang plus abondant. Au cours d'une crise douloureuse le 1er décembre, le visage devient pâle. Dans ces conditions, je décide d'intervenir de suite.

Opération (1er décembre 1925). — Laparotomie médiane au niveau de la cicatrice antérieure, qui est solide. L'épi-

ploon est adhérent à une notable partie de la paroi abdominale, au niveau et à gauche de la cicatrice. Le côlon iliaque, disposé verticalement, est adhérent à la paroi abdominale, à gauche de la cicatrice, sur une notable étendue ; je ne supprime pas ces adhérences. Il n'y a pas de sang dans le péritoine. Après avoir décollé un peu l'épiploon et le côlon iliaque pour entrer dans le pelvis, je trouve des caillots dans la région de la trompe droite et surtout autour de celle-ci ; dans le Douglas existe du sang brunâtre. La trompe droite est augmentée de volume et accolée à l'ovaire qui lui est adhérent. Le ligament large droit est œdématié. J'enlève les annexes droites.

Examen de la pièce : la trompe, augmentée de volume, présente une surface lisse, d'aspect rouge foncé, et un orifice abdominal dilaté et comblé par un caillot qui fait saillie en dehors. Elle est remplie de caillots noirs et rouges. L'ovaire, qui lui est intimement accolé, renferme une cavité remplie de caillots noirs. L'examen microscopique de la trompe a été fait par le professeur Curtis, qui m'a remis la note suivante :

Le caillot sanguin est constitué par des masses de fibrine stratifiées, emprisonnant les éléments du sang. On reconnaît çà et là des masses arrondies que l'on peut identifier à des villosités. Celles-ci, en état de nécrose, présentent, au centre, un tissu encore anastomosé avec, à la périphérie, un tissu correspondant à la couche plasmodiale altérée.

Les suites opératoires furent très simples. Le 20 janvier 1926, l'opérée était en excellente santé.

— Ces deux observations de M. le professeur Vanverts présentent, si l'on peut ainsi s'exprimer, la récidive de grossesse extra-utérine « à l'état pur ».

Dans certains cas, par exemple dans l'observation suivante de MM. Charbonnel et Favreau, la grossesse ectopique coexiste avec d'autres lésions de l'appareil génital.

Observation III

Torsion de la trompe gravide, à droite, avec gros kyste de l'ovaire non tordu chez une femme opérée il y a huit ans de grossesse extra-utérine gauche (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mars 1929).

Il y a huit ans, cette malade, qui avait eu deux enfants, fut opérée par nous, pour un volumineux hématome intra-ligamentaire gauche, consécutif à une rupture de grossesse ampullaire en plusieurs temps.

Le diagnostic avait été assez difficile, mais finalement celui d'hématocèle fut porté, et dans la nuit même qui précéda le jour fixé pour l'opération il y avait eu une poussée douloureuse, due à une nouvelle hémorragie.

Cette malade n'ayant à ce moment que 24 ans, on ne fit que la castration gauche.

Depuis, elle allait très bien, avec des règles cependant irrégulières. Elle n'eut pas de nouvelle grossesse, quand, il y a 20 jours, elle fit brusquement des accidents très douloureux du côté droit du ventre.

Le médecin crut d'abord à une appendicite.

Tout se calma pendant 24 heures, mais le lendemain, nouvelle crise douloureuse.

Nous la voyons alors et constatons dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale, une tuméfaction ; tout le ventre est ballonné ; arrêt des gaz, nausées.

Nous pensons plutôt à une lésion génitale, pyosalpinx ou hématocèle, mais le toucher vaginal est négatif. La tumeur paraissait haute. Pas de température, pouls rapide. Après 24 heures d'observation, la tumeur et le ballonnement paraissent augmenter, quoique la température ne dépasse pas 38°.

Notre diagnostic se fixe sur celui d'hématocèle ; il faut noter un léger écoulement brunâtre par le vagin, mais nous ne pouvons rien fixer au sujet d'un retard possible des règles. Intervention.

— A droite, un gros kyste de l'ovaire, qui, ponctionné, donne un liquide clair ; au-dessous de lui, une grosse trompe noirâtre, infarcie, rompue à sa partie inférieure où elle épanche des caillots dans le petit bassin. La portion interne de la trompe est tordue sur elle-même, dans le sens des aiguilles d'une montre, torsion complète.

— De la partie externe de la tuméfaction tubaire, on voit sortir un petit appendice long de 3 centimètres, gros comme un petit crayon, portant des franges à son extrémité. Cela paraît être la portion externe de la trompe dans laquelle il n'y a pas d'hémorragie.

Hystérectomie sub-totale rapide de gauche à droite, sans drainage. La malade va bien.

— A signaler, en outre, un pavillon accessoire.

— A vrai dire, ayant voulu conserver la pièce intacte, nous n'avons pas ouvert la trompe ; nous allons le faire devant vous.

Aussi le diagnostic de grossesse tubaire peut-il être discuté, et nous nous sommes évidemment demandés s'il ne

s'agissait pas d'une torsion aiguë de la trompe saine avec infarctus, le kyste ovarien suffisamment indépendant ne s'étant pas tordu lui-même.

Il faudrait alors admettre que, sous l'influence de la distension sanguine, la trompe se serait rompue et aurait commencé par épancher du sang dans le péritoine par cette rupture, ce qui est, croyons-nous, exceptionnel, mais pas impossible.

Le syndrome clinique serait absolument le même que celui d'une grossesse tubaire avortant ou se rupturant par fissuration en plusieurs temps.

Le cas est, somme toute, assez rare, et on peut de toute façon l'interpréter :

torsion d'une trompe probablement gravide ;
hématome péritonéal secondaire ;
kyste de l'ovaire non tordu ;
chez une femme opérée auparavant d'un hématocèle par grossesse ampullaire rompue.

— L'observation suivante, très rare, décrit une récidive de grossesse extra-utérine dans le moignon de la trompe atteinte une première fois.

Observation IV

Rupture de grossesse extra-utérine. Récidive du même côté dans le moignon de la trompe (A. G. Weiss et Pétrovitch).

Femme opérée en mars 1928 d'une rupture de grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale. Deux mois après, c'est-à-dire en mai 1928, la malade fut réadmise à la cli-

nique avec des signes identiques. Les auteurs, pensant à une rupture de grossesse tubulaire du côté opposé, pratiquèrent l'opération d'urgence.

Il s'agissait, en effet, d'une inondation péritonéale, mais elle provenait d'un œuf qui avait effectué sa nidation dans le moignon de la trompe sectionnée lors de la première intervention. L'œuf et le segment tubaire furent extirpés par résection cunéiforme de la corne utérine, et la malade guérit sans incident.

Il est intéressant de souligner le fait qu'un œuf, provenant de l'ovaire opposé, ait pu traverser le fond de l'utérus pour venir se réfugier dans le cul-de-sac formé par une trompe réséquée.

— Voici enfin un cas de récidive de grossesse tubaire observé par mon père, le docteur J. Delahousse.

Observation V

Femme de 28 ans ne présentant rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a été réglée à 14 ans. Mariée en 1923, elle a en 1925 un accouchement normal. L'année suivante, un avortement de trois mois nécessite un curettage ; les suites sont normales.

Le 15 octobre 1928, le docteur Delahousse est appelé d'urgence. A ce moment, les règles ont disparu depuis quatre mois et la palpation décèle une douleur aiguë dans le flanc droit. La malade présente un léger écoulement de sang par la vulve.

Le toucher fait percevoir un col ramolli, un cul-de-sac de Douglas tendu et une masse juxta-utérine assez volu-

mineuse du côté droit. Il n'y a pas de température ; le pouls est à 120.

La malade est envoyée à l'hôpital de Béthune avec le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Le docteur Quénée enlève la trompe droite éclatée. Les suites opératoires sont normales.

Le 5 mars 1929, nouvel appel d'urgence.

Hémorragie, douleur abdominale à gauche. Les dernières règles ont eu lieu en novembre 1928.

Nouvelle admission à l'hôpital de Béthune, où le docteur Quénée trouve une grossesse tubaire gauche et pratique l'hystérectomie sub-totale.

Diagnostic de la récidive de grossesse tubaire

Comme on a pu le voir par les observations précédentes, le diagnostic de récidive de grossesse tubaire ne présente rien de bien particulier.

La symptomatologie est celle de toute grossesse ectopique, avec ses différents types cliniques, et nous croyons inutile de reproduire ici les descriptions classiques, auxquelles nous n'ajouterions certainement rien.

On peut simplement noter que le diagnostic est peut-être facilité par ce fait que, s'il s'agit de grossesse tubaire, les lésions doivent, en général, se trouver du côté opposé à la première grossesse.

Nous disons en général, puisqu'on a déjà vu une grossesse extra-utérine se reproduire du côté opéré, l'œuf ayant traversé le fond de l'utérus pour aller se loger de l'autre côté (observation IV).

Pronostic de la récidive

Le pronostic immédiat de grossesse extra-utérine est exactement le même que celui de la première ectopie. La mort est exceptionnelle et la guérison est, en général, parfaitement obtenue.

Quant aux résultats éloignés, ils sont moins favorables, puisque, dans l'immense majorité des cas, la castration doit être effectuée et que celle-ci entraîne toujours des troubles dont nous allons d'ailleurs nous occuper dans le paragraphe suivant, consacré au traitement préventif.

Traitement préventif

La récidive de grossesse tubaire s'observant dans environ 7,5 % des cas, la castration bilatérale, pratiquée dès la première intervention pour grossesse ectopique et évitant la répétition des mêmes accidents, a été proposée et même pratiquée par quelques auteurs; allemands surtout.

C'est, à notre avis, une manière de procéder beaucoup trop radicale et qui présente des inconvénients tels qu'elle doit être abandonnée au profit de l'opération conservatrice. (Protestation du professeur Vanverts au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, à Bruxelles, le 5 octobre 1929).

Tout d'abord, en empêchant à coup sûr la répétition des accidents de grossesse extra-utérine, on empêche aussi toute grossesse ultérieure normale.

C'est pourtant une éventualité qui doit entrer en ligne de compte, à cause de sa fréquence assez grande.

Nous avons vu en effet, plus haut, que la moyenne des statistiques de différents auteurs (Pestalozza, Dietrich, Mauthner, Funck-Brentano), ayant observé une grossesse normale succédant à une grossesse ectopique était de 25 % environ.

Nous avons signalé aussi qu'on avait vu assez souvent

une grossesse normale évoluer entre deux grossesses extra-utérines.

Si l'on met en parallèle les deux pourcentages de 25 % et de 7,5 %, on voit qu'une femme, opérée pour grossesse tubaire, et à qui on laisse un ovaire, a trois fois plus de chances de voir se reproduire une grossesse normale qu'une grossesse ectopique. Le pronostic de la récidive, tout en nécessitant évidemment une nouvelle intervention, n'est d'ailleurs pas plus grave que celui de la première ectopie, et la guérison est la règle.

Cette raison, pour ainsi dire mathématique, suffit à condamner la castration pratiquée systématiquement dès la première intervention.

Mais, si même des lésions de la trompe non gravide obligent à intervenir de ce côté, il est indiqué de faire l'opération conservatrice, parce qu'elle garde à la femme un ovaire.

L'importance de ce fait ne doit pas être mésestimée. Il est du plus grand intérêt de conserver à une femme un ovaire avec l'utérus. On conserve ainsi la menstruation et on évite les troubles parfois accusés de la ménopause artificielle précoce : obésité, troubles circulatoires, perte des caractères sexuels secondaires. Ces troubles, d'autant plus accentués que les femmes sont plus jeunes, peuvent réagir sur l'état psychique et donner lieu à de la neurasthénie ou à des idées noires.

Voici d'ailleurs un fait, cité par M. le professeur Vanverts : « Une jeune femme, à qui j'avais enlevé deux pyosalpinx tuberculeux et un ovaire, et dont les règles étaient restées absentes pendant les quelques mois qui suivirent

l'opération, devint neurasthénique. L'écoulement menstruel ayant reparu, les troubles mentaux cessèrent ».

Il faut enfin considérer le point de vue social. La conservation des règles, même sans possibilité de grossesse ultérieure, laisse la femme, à ses yeux et à ceux de son mari, une femme « complète », et évite souvent la désunion du ménage.

Toutes ces raisons condamnent la castration double pratiquée dès la première grossesse extra-utérine.

Il n'y a lieu d'y recourir que lorsque la première intervention pratiquée pour rupture de grossesse ectopique met en évidence des lésions marquées de la trompe ou de l'ovaire non intéressés. Cette éventualité se produit assez souvent d'ailleurs. M. Chosson vient de rapporter trois cas de grossesse tubaire traités par hystérectomie totale et Mikulicz. Dans la discussion qui suit les observations, il se déclare en faveur du traitement conservateur et fait remarquer que, les trois fois, il a été obligé « pour des raisons différentes, à user d'un procédé *exceptionnel* ».

Traitement curatif

Il y a peu à dire à ce sujet.

La salpingectomie, accompagnée d'ovariectomie, est la règle.

Dans quelques cas cependant, très rares, si l'ovaire restant paraît intact, et si les circonstances opératoires le permettent, on peut le respecter.

La femme à qui on conserve l'utérus et un ovaire restera ainsi réglée et à l'abri des accidents d'insuffisance ovarienne.

Enfin, l'hystérectomie totale peut être indiquée si on trouve des lésions inflammatoires ou si on a affaire à une femme déjà âgée.

Vu :
Le Doyen,
Ch. DUBOIS.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la Thèse
J. VANVERTS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

Baculescu. — Etude statist. sur la gross. extra-ut. *(Revue de Chir. Paris, XLV-1912).*

Bantock. — The British Med. Journ., février 1905, p. 490.

Bar, Brindeau et Chambrelent. — Pratique de l'art des accouchements, t. II, p. 399.

Bianchi. — Sur la grossesse tubaire bilatérale contemporaine (*Ann. di Obst. e Gynec., juin 1927).*

Bouchet. — De la gross. extra-ut. récid. (*Thèse Lyon, 1912-13*).

Bouilly et Lecène. — Sem. gyn., 1901, VI, p. 217.

Bruel. — Récidive des gross. extra-ut. (*Thèse Paris, 1915*).

Charbonnel et Favreau. — Torsion de la trompe gravide, à droite, avec gros kyste de l'ovaire, non tordu, chez une femme opérée il y a huit ans de grossesse extra-ut. gauche (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1929, N° 3, p. 209*).

Chosson. — Trois cas de grossesse tubaire traités par hystérectomie totale et mikulicz. *(Bull. de la Soc. de Chirurgie de Marseille, tome III, N° 8, octobre 1929*).

Croisier. — Coexistence d'une gross. extra-ut. Rupture de la gross. tub. Avortement consécutif de la gross. tub. (*Soc. chir. Paris, déc. 1927).*

Dietrich. — Zentralblatt für gynaek., avril 1921. (*Revue de Gyn. Paris, p. 684*).

Filhoulaud. — (*Th. Paris, 1907*).

Funck-Brentano. — Des gross. ut. survenant après la gross. extra-ut. (*Th. Paris 1898*).

Grad. — Amer. Jour. of Obst. and Gyn., octobre 1920.

Haret. — (*Th. Paris, 1901*).

Hartmann. — Récid. de gross. ectop. *(Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1900*).

Hartmann et Lenormant. — Revue de Gynéc. et de Chir. abdom. 1915, p. 309, obs. XXXVII.

Heinsius. — Wiederholte Tuber graviditat. (*Jahresb. d. Schles. Gesellschaft f. waterl. Kult-Breslau, 1901*).

Hofmeier. — Wiederholte Tubenschwangereschaft in derselben Tub. (*Munchener Med. Wochen. schr., 1904, 1319, II*).

Huet. — Revue d'Obst. et de Gyn., 1921, p. 330.

Karl et Abel. — Arch. f. gyn., XLIV-I, 1893.

Launay et Seguinot. — Gross. ectop. bilatérale. (*Revue Chir., 1911*).

Laurentie. — Revue d'Obs. et de Gyn.., Paris 1920.

Lawrence. — Ectopie pregnancy. (*Journ. Americ. Med. Assoc., 1904, XLII, p. 524*).

Lejars. — Les gross. tub. récidiv. (*Assoc. fr. de Chir., 1904, 727*).

Le Lorier. — Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1913, II.

Lemarchand. — Contrib. à l'étude des gross. tub. succ. (*Th. Paris, 1926*).

Martin. — De la récidive de la gross. extra-ut. (*Th. Paris, 1901*).

Mauthner. — Zentralblatt f. Gynäk., p. 2005-2011.

Miller (Brown). — Surgery-gyn. and obst., juillet 1919.

Nash. — Rupture d'une gross. tub. coexistant avec une gross. intra-ut. (*The Lancet, tome CCVI, N° 5271, septembre 1924*).

Pasqualis. — Embarazos tubarios recidivantes. (*Sem. Méd., N° 5, janvier 1929*).

Patel. — Soc. Chir. Lyon, avril 1922.

Paucot. — Soc. Obst. et de Gyn. de Lille, mars 1922.

Pearson. — Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire, 1909, 114-115.

Pestalozza. — Sullo gravidauza tub. récid. (*Ann. di. Obst. 1901*).

Petersen. — Gestation tub. répétée sur le même côté (*Progrès Médical, N° 34, août 1927*).

Philippowicz. — Ueber einen fall von wiederholter. — Extra-ut. gravid. (*Wiener Klin. Woch., 1902, XV, 339*).

Proust. — De l'intervention op. dans les gros. tub. (*Gaz. Hôp., 1914*).

Prunet. — Th. Montpellier, 1908-09.

Puech. — Gaz. Obst., 1879, N° 21.

Sauvé. — Th. Paris, 1906.

Sens. — Th. Paris, 1901.

Smith. — Repeated ectopic. pregnancy. (*Ann. Journ. of. Obst. and dis. of. women, septembre 1911*).

— *Surgery Gyn. and Obst., Chicago, N° 6, juin 1914.*

Stein (Herbert). — Am. Journ. of Obst., 1919.

Ulmann. — Ein fall von wiederholter tubergrav., 1904.

Vanverts. — Wiener med. Woch, 1904, LIV-5.

Varnier et Sens. — Sur la récid. des gross. ect. *(Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1901, LV, 109-222).*

Wasmer. — Ueber wiederholte tubenschwangerschaft *(Monatschr. f. geb. and Gyn., 1903 XVII).*

Weinlachner. — Soc. Gyn. de Vienne, 1905.

Weiss et Petrovitch. — Rupture de gross. extra-ut. Récid. du même côté dans le moignon de la trompe *(Soc. de Méd. du Bas-Rhin, séance du 30 juin 1928).*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction. 7

Généralités sur la récidive de grossesse tubaire 9

Étiologie. 11

Observations 13

Diagnostic de la récidive de grossesse tubaire. 24

Pronostic de la récidive 25

Traitement préventif. 26

Traitement curatif. 29

Bibliographie 31

Lille. — Imp. Societé d'Édition du Nord. 17482